JOURNAL

DE

NEUROLOGIE

EXTRAIT

BRUXELLES

27, Avenue Palmerston, 27

Extrait du *Journal de Neurologie*, n° 11, 1903

Sur un autre cas de tumeur du canal rachidien

(Segment dorso-lombaire)

par le Prof. F. RAYMOND

—

Leçon faite à la Salpétrière

Vendredi dernier, je vous ai esquissé, à traits rapides, la symptomatologie générale des tumeurs du canal-rachidien qui agissent sur la moelle par voie de simple compression, et je suis entré ensuite dans quelques développements sur ce qui concerne, en particulier, la symptomatologie des tumeurs intra-rachidiennes qui siégent à la hauteur du segment dorsal. Je vous ai présenté un malade dont j'ai longuement discuté le cas et qui réalisait, ainsi que l'autopsie l'a prouvé, un exemple de cette variété de localisation des tumeurs du canal vertébral.

Je vais maintenant entrer dans quelques détails relativement à la symptomatologie des tumeurs intra-rachidiennes qui siégent à la hauteurs du segment lombaire de la moelle.

A supposer que le néoplasme se trouve en contact avec le seul renflement lombaire, la compression qu'il exerce sur la moelle se traduira par un syndrome assez caractéristique :

Au début, on observe des douleurs lombaires, à siége habituellement unilatéral. Des lombes elles irradient vers les faces antérieure et interne de la cuisse et de la jambe, vers le creux poplité.

Un peu plus tard se développe une paralysie atrophique des muscles innervés par le plexus lombaire : iliopsoas, quadriceps, adducteurs, tibial antérieur.

Tant que la compression exercée par la tumeur atteint les seules racines spinales, l'anesthésie peut faire défaut, dans le domaine de distribution du plexus lombaire. Une fois qu'elle se répercute sur la moelle et qu'elle a donné lieu à des lésions médullaires de voisinage, l'interruption partielle des conducteurs sensitifs se traduira par :

Une *anesthésie totale*, dans la zone de distribution du plexus lombaire ;

Une *anesthésie partielle*, dans la zone de distribution du plexus sacré.

Ici encore, en raison du siége habituellement unilatéral du néoplasme, les manifestation morbides présentent souvent la distribution qu'on leur trouve dans les cas d'hémisection de la moelle : paralysie motrice du coté de la tumeur ; anesthésie totale ou partielle, du coté opposé.

Quoi qu'il en soit, tôt ou tard, si ce n'est d'emblée, la répercussion de la présence d'une tumeur dans le canal rachidien se fera sentir sur les deux moitiés de la moelle. Du fait de la *lésion transverse totale* qui se développe dans ces conditions, la paralysie motrice et l'anesthésie envahiront les deux cotés du corps. En même temps, elles deviendront totales, sauf que la paralysie motrice peut rester circonscrite aux muscles innervés par le plexus lombaire. L'abolition des réflexes rotuliens est de règle.

On peut observer conjointement l'exagération du réflexe achilléen. Les symptômes en rapport avec une paralysie de la vessie et du rectum n'apparaissent qu'à une période relativement avancée, quand la tumeur, en raison de ses dimensions exiguës, agit sur le seul renflement lombaire.

Bien entendu que si la tumeur siége aux confins des segments dorsal et lombaire, elle donnera lieu à une symtomatologie qui emprunte ses traits aux deux syndromes dont je vous ai énumérés les éléments aujourd'hui et vendredi. Je suis précisément à même de vous présenter une malade qui réalise un exemple de cette symptomatologie mixte.

Exemple clinique. — C'est une nommée P..., âgée de 42 ans ; elle est sans profession. Des renseignements que nous avons pu recueillir sur son passé, il résulte que vers l'âge de un an elle a présenté une poussée impétigineuse, suivie de petits abcès disséminés à la surface du tégument externe ; on en retrouve les traces, sous la forme de cicatrices superficielles disséminées en différentes régions, membres inférieurs, aine, aisselle, tronc.

A part cela, elle est restée bien portante jusque vers l'âge de vingt ans. Elle s'est mariée. De deux enfants qu'elle a eu, l'un vit encore et se porte bien ; l'autre est mort à l'âge de cinq ans, d'une méningite vraisemblablement tuberculeuse. Elle nie tout antécédent de syphilis et d'alcoolisme. Elle ne présente aucun signe d'une tuberculose viscérale ou superficielle.

*
* *

Dans les derniers jours du mois de mars 1901, P..., a éprouvé, pour la première fois, sans cause appréciable, de légères douleurs constrictives, au niveau des fausses côtes gauches. Elles n'étaient influencées ni par la pression directe, ni par certaines attitudes, mais seulement par une marche un peu prolongée. De plus, il en résultait pour la malade une grande difficulté à ramasser un objet par terre.

Au bout de deux ou trois semaines, ces douleurs lombo-abdominales se mirent à irradier dans la cuisse gauche. A certains moments elles acquéraient une acuité très grande, jusqu'à provoquer des attaques d'hystérie convulsive. La névralgie lombo-abdominale constituait en quelque sorte l'aura de ces attaques.

Dans l'idée que ces accidents étaient, dans leur ensemble, sous la dépendance de l'hystérie ou de la neurasthénie, et devant l'inefficacité des médicaments analgésiques employés pour calmer les douleurs, on se décida à envoyer la malade à Néris, au mois de septembre dernier. Son état ne fit que s'aggraver. Aux douleurs lombo-abdominales du côté gauche s'associa une faiblesse croissante du membre inférieur correspondant bientôt ; l'impotence fonctionnelle de ce membre devint complète. En outre, la malade devint sujette à des troubles de la miction et de la défécation. Elle était obligée de prendre des attitudes spéciales, pour uriner, et elle n'y par venait qu'à la suite de longs efforts. La constipation devint, chez elle, la règle.

Elle revint à Paris, découragée. Un peu plus tard, au mois d'octobre, les troubles moteurs firent leur apparition au membre inférieur droit. La gêne de la miction s'accentua au point de nécessiter le recours au cathétérisme. La paraplégie motrice devint complète, et révêtait le caractère spasmodique. La malade passait la plus grande partie de son temps au lit.

*
* *

P... se fit admettre dans le service, le 20 janvier dernier. Ses traits n'étaient pas amaigris ; elle conservait un certain degré d'embonpoint. L'examen le plus minutieux n'a pas fait découvrir le moindre trouble dans la sphère d'innervation cranio-bulbaire, sauf des mouvements nystagmiformes assez nets, aux deux yeux.

La malade étant couchée dans le décubitus dorsal, son membre inférieur droit reposait dans l'attitude allongée ; le membre inférieur gauche observait constamment un certain degré de flexion de la jambe sur la cuisse. Les gros orteils étaient en extension, celui de gauche surtout.

En outre, à première vue, on était frappé de l'existence d'un méplat musculaire, au niveau de la région crurale de chaque côté.

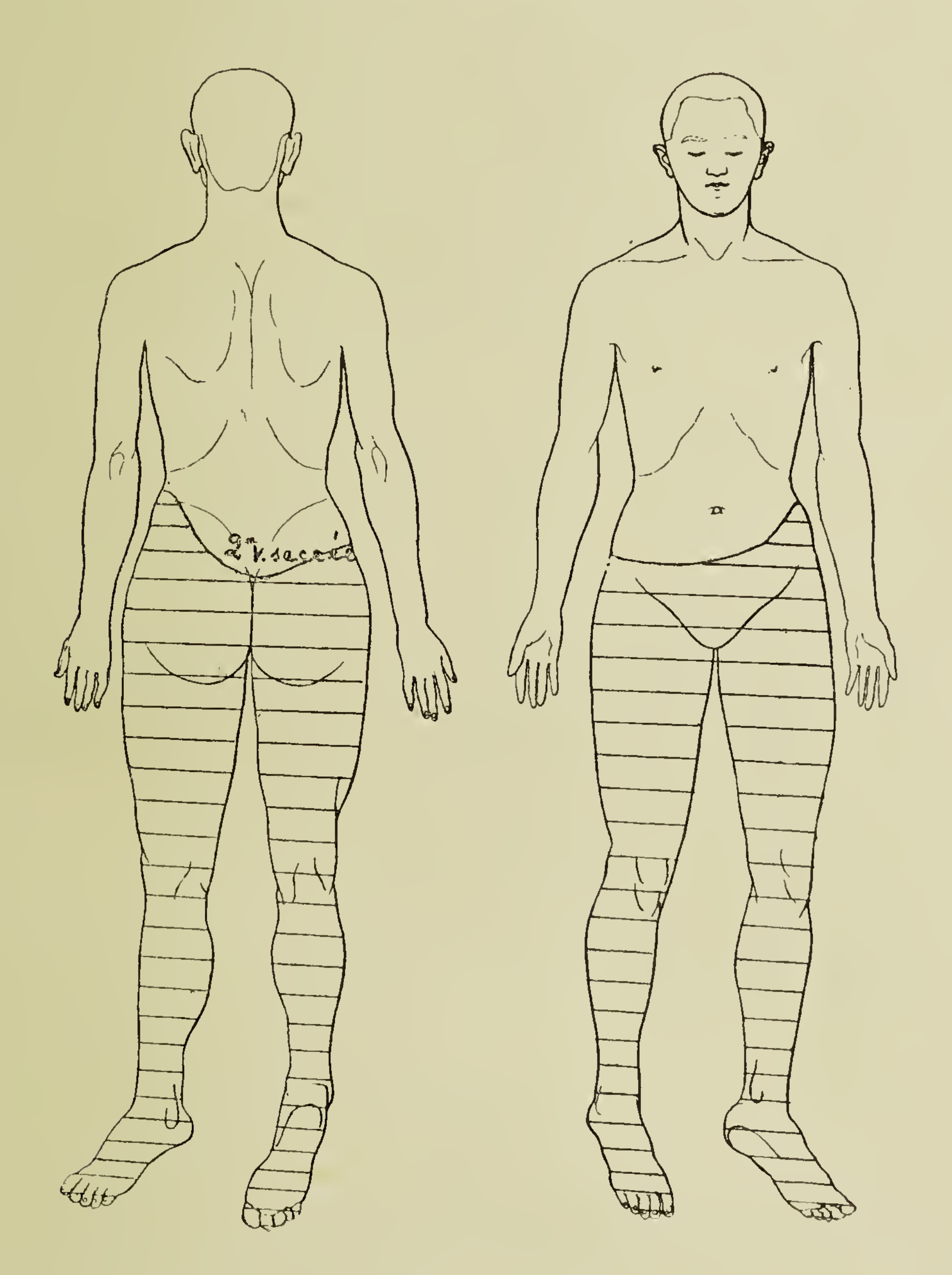


Fig. 4

La malade était incapable d'exécuter le moindre mouvement, avec ses membres inférieurs. En imprimant des mouvements passifs à ces membres, on mettait en évidence un état spasmodique très accentué, à gauche surtout. Du reste la malade racontait qu'elle avait des spasmes spontanés dans les jambes, la nuit surtout. Les réflexes tendineux étaient très exagérés ; le redressement du pied provoquait un clonus inépuisable. L'excitation de la plante provoquait une extension très manifeste des orteils.

La paraplégie motrice se doublait d'une hypoesthésie très nette, totale, plus accusée à gauche. Sa limite supérieure était représentée, en avant, par une

ligne à convexité inférieure, médiane, oblique de bas en haut et de droite à gauche (fig. 4). Au voisinage de cette ligne, l'hypoesthésie allait en se dégradant insensiblement ; nulle part on ne constatait la moindre trace d'hypéresthésie.

A noter que les voutes plantaires portaient des traces de brûlures qui avaient été occasionnées par le contact de boules d'eau chaude, sans que la malade en ait eu conscience.

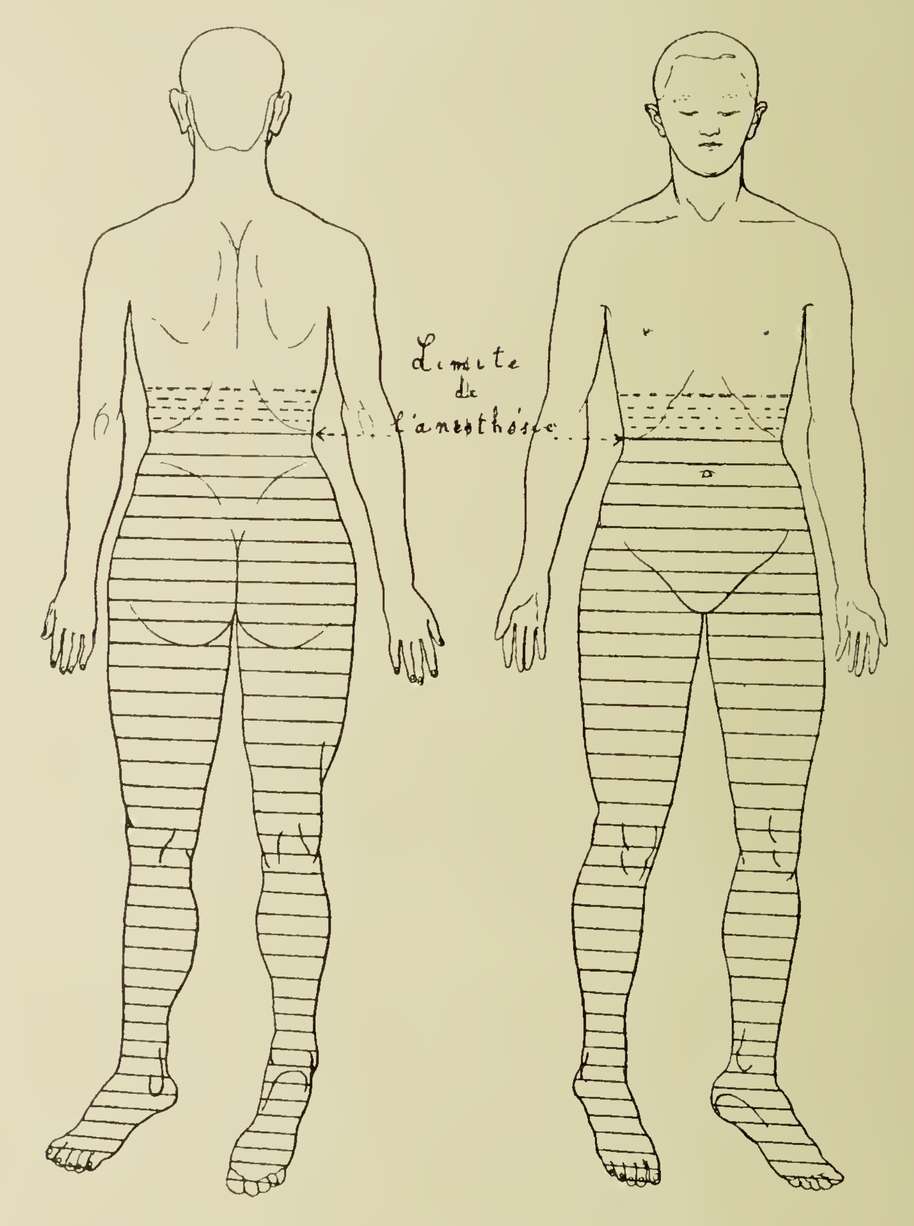


Fig. 5

Avec cette hypoesthésie superficielle coïncidait une anesthésie profonde. P... avait perdu totalement la conscience des attitudes segmentaires, surtout au niveau des orteils. La sensibilité osseuse explorée au diapason était également abolie (fig. 5).

La piqure et le pincement profond ne provoquaient plus la dilatation réflexe de la pupille, contrairement à ce qui avait lieu pour les excitations douloureuses des membres supérieurs.

Il n'existait pas de troubles vasomoteurs, à part un léger état fendillé, au niveau des membres inférieurs, et un érythème, assez accusé, de la région vulvaire.

En fait de troubles trophiques, on notait une atrophie musculaire du triceps fémoral, de chaque côté, visible à l'œil nu. A gauche, le couturier contracturé dessinait, sous la peau, une corde rigide.

Journellement on était obligé de sonder la malade. C'est à peine si elle percevait le passage de la sonde, mais elle avait parfaitement conscience de l'état de réplétion et de déplétion de la vessie. Le passage des matières fécales ne développait qu'une sensation très obtuse.

Les réactions électriques ne présentaient pas de modifications qualitatives. Aussi bien dans les masses sacro-lombaires que dans le domaine du crural et du sciatique, l'excitabilité faradique et galvanique des muscles était plus ou moins diminuée.

L'état général était très satisfaisant. La malade avait bon appétit.

* * *

Actuellement, la situation n'a pas changé. Je crois devoir insister sur l'existence d'un certain degré de contracture des muscles de la masse sacro-lombaire. La malade ne peut se tenir assise dans l'attitude normale ; mise dans cette position, elle ne tarde pas à glisser sur le bord antérieur de la chaise, le tronc ayant une tendance à opérer l'extension sur le bassin. En outre, le troncs exécute un mouvement de flexion latérale sur le bassin, à gauche, sans doute en raison de la prédominence de l'état spasmodique, de ce côté, peut-être aussi parce qu'il en résulte une atténuation des douleurs constrictives.

La colonne vertébrale réalise un certain degré de scoliose, avec concavité à gauche.

A la région du bas ventre on constate uu certain degré de parésie des muscles de la ceinture abdominale.

Il existe un point douloureux très net, au niveau de la deuxième vertèbre lombaire ; on le met facilement en évidence par la palpation ou par la pression profonde.

* * *

En résumé, une femme de 31 ans, bien portante jusqu'alors, est devenue sujette à une douleur constrictive en ceinture, limitée au côté gauche. Cette douleur est apparue subitement, sans cause appréciable. Elle siégeait au niveau des fauses-cotes. Elle se manifestait par accès d'une grande violence.

Au bout de trois mois, les membres inférieurs ont été envahis par des douleurs irradiantes et par une faiblesse motrice bien manifeste. Limitée d'abord au côté gauche, cette parésie n'a fait son apparition à droite qu'au bout de quelques semaines. A ce moment elle était assez prononcée pour obliger la malade à garder le lit. Conjointement, une certaine difficulté de la miction et une constipation opiniâtre ont fait leur entrée en scène. Les règles se sont supprimées.

Actuellement la malade réalise un syndiôme à la fois très simple et très suggestif ; il comprend les éléments suivants :

a) Une *impotence absolue des membres inférieurs*. Cette paraplégie revêt le caractère spasmodique, des deux côtés ;

b) Une *hypéresthésie très nette ;* elle occupe toute la surface des membres inférieurs, mais elle paraît être un peu plus accusée à gauche qu'à droite ;

c) Une *hypoesthésie totale* en ce sens qu'elle intéresse uniformément les diverses manières d'être de la sensibilité cutanée. Son intensité va en augmentant de la racine aux extrémités des membres inférieurs. Elle a pour limite supérieure une ligne horizontale qui, en avant, passe à égale distance de l'ombilic et de la symphise pubienne, en arrière au niveau de la base du sacrum ;

d) Une *exagération des réflexes rotuliens et achilléens,* allant jusqu'à la trépidation épileptoïde ; les réflexes cutanés sont abolis ;

e) Un certain degré de *dysurie,* qui nécessite le cathétérisme quotidien ; une constipation opiniâtre ;

f) Un *amaigrissement* très net *des muscles paralysés* ; on peut l'expliquer par le défaut de fonctionnement des muscles ; de l'érythème inter-fessier. Il semble aussi qu'il y ait un peu de douleur à la pression de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre lombaire.

Le début de la maladie remonte à une dizaine de mois.

*
* *

Diagnostic. — Je ne m'attarderai point à passer en revue les états pathologiques susceptibles de cadrer avec la symptomatologie que réalise cette femme. Après ce que je vous ai dit, dans une précédente leçon, de la symptomatologie des tumeurs intra-rachidiennes qui agissent sur la moelle et sur ses enveloppes par voie de compression, je crois pouvoir aller droit au but. J'affirme d'emblée que la succession et l'ensemble des accidents présentés par cette malade cadrent très bien avec l'hypothèse d'une compression de la moelle, à la limite commune des segments dorsal et lombaire, et cette compression ne peut être que le fait d'une tumeur intra vertébrale.

En effet, le symptome, premier en date, présenté par cette femme, a consisté dans une douleur en ceinture, limitée au côté gauche ; douleur intermittente et violente. Elle correspondait, comme siége, aux fausses-cotes inférieures. Autant dire que cette douleur reconnaissait pour cause une compression des dernières racines dorsales postérieures, à gauche. Plus tard, la compression s'est étendue aux racines lombaires avoisinantes, à gauche d'abord, puis des deux côtés ; à preuve l'envahissement successif des deux membres inférieurs gauche et droit par la douleur.

Plus tard encore, aux paroxysmes douloureux du début, si remarquables par leur violence, s'est associé un état de parésie motrice des membres inférieurs. Il a observé le même ordre d'envahissement : côté gauche d'abord, côté droit ensuite. Selon toutes probabilités, il était la conséquence de l'extension de la compression aux racines antérieures qui tirent leur origine du segment lombaire.

A l'heure actuelle, dix mois après le début des accidents, la compression des racines postérieures susdites se révèle encore par cette hyperesthésie très nette, dont vous avez été témoins, et qui occupe toute l'étendue du segment externe, aux deux membres inférieurs.

Considéré dans son ensemble, le tableau symptomatique réalisé par la malade nous rappelle surtout celui qu'on rencontre dans les cas de lésion transverse de la moelle, située à la limite commune des segments dorsal et lombaire, avec interruption, à peu près complète, des fonctions conductrices du névraxe à ce niveau. Et les choses ne se passent pas autrement, dans les cas où une tumeur intra-rachidienne comprimant ce même segment du névraxe a déjà provoqué des altérations médullaires de voisinage.

*
* *

Je pose en fait que nous sommes en face du tableau symptomatique qu'on trouve réalisé dans les cas d'une lésion transverse incomplète du segment dorso-lombaire. En effet, dans ces cas là, on observe une paralysie du mouvement et du sentiment, qui intéresse les membres inférieurs en totalité.

D'ordinaire la paralysie motrice l'emporte, en intensité, sur l'anesthésie, qui ne remonte guère au-dessus d'une ligne horizontale passant par les crêtes iliaques.

A la paralysie motrice s'associe une exagération des réflexes tendineux; elle subsiste aussi longtemps que la lésion transverse n'entraîne pas une interruption complète des conducteurs spinaux. En outre, on observe des symptômes en rapport avec une parésie vesico-rectale; ils peuvent se présenter sous une forme très atténuée, lorsque la lésion transverse siège à une assez grande distance des centres médullaires de la vessie et du rectum, et que les communications de ces deux organes creux avec les centres supérieurs ne sont pas encore très compromises.

*
* *

La concordance, vous le voyez, est grande entre ce tableaux symptômatique et celui en présence duquel nous met le cas de notre malade. J'ajoute que chez elle nous avons affaire à une lésion qui n'a pas été d'emblée intra médullaire, mais à une lésion qui doit être la conséquence d'une compression de la moelle. Pour s'en convaincre, il faut prendre en considération la marche et la succession des accidents présentés par cette femme et ne pas s'en tenir à leur groupement actuel. Or, chez P..., nous avons relevé comme manifestation première, des douleurs paroxystiques, constrictives mais unilatérales; au dire de la malade, elles siègeaient au niveau des dernières fausses côtes, à gauche. Les paroxysmes nocturnes en particulier atteignaient une telle violence qu'ils s'accompagnaient de tremblements et de grincements de dents; ils arrachaient des pleurs à la malade et la jetaient dans des crises de nerfs.

Je dis que de pareilles crises douloureuses sont inconciliables avec l'hypothèse d'une lésion exclusivement intra-médullaire. Elles imposent l'hypothèse d'une compression des racines postérieures, à un niveau

qui correspond au siège des douleurs. En l'espèce, la compression a dû s'exercer d'abord sur les racines du dernier ou des deux derniers nerfs intercostaux gauches; elle a dû, vous disais-je tout à l'heure, se propager de haut en bas et en travers. Ainsi seulement s'explique l'envahissement ultérieur du membre inférieur gauche, puis de celui de droite.

Presque en même temps qu'il était envahi par les douleurs, le membre inférieur droit était frappé d'une parésie motrice très manifeste, qui se doublait d'une hypoesthésie superficielle. Puis la paralysie du mouvement et du sentiment a gagné l'autre membre inférieur. A l'hypoesthésie cutanée s'est associée de l'hyperesthésie; les troubles sensitifs débordaient un peu sur la partie inférieure du tronc. En même temps sont survenues de la dysurie et une constipation opiniâtre.

Vous retrouvez là, Messieurs, la marche et le mode de succession des accidents, que, dans une précédente leçon, je vous ai signalés comme étant caractéristiques de la compression de la moelle par une tumeur intra-rachidienne.

Au demeurant, que voulez-vous que soit, dans le cas actuel, l'agent de cette compression, si ce n'est pas une néoplasie intra rachidienne? Le choix des hypothèses à faire est, en somme, très réduit. Il se limite à ces deux termes : néoplasie intra-vertébrale ; affection vertébrale, c'est-à dire mal de Pott ou cancer. Or, dans la très grande majorité des cas, le cancer vertébral est une détermination secondaire de la diathèse cancéreuse. On l'observe presque toujours chez des sujets qui ont subi l'ablation d'un cancer primitif du sein, ou de l'éstomac, ou de tel autre viscère. Même quand il est primitif, il entraîne très vite un état de cachexie, qui frappe à première vue. Du côté du rachis il occasionne des désordres locaux qui ne sauraient passer inaperçus, à savoir : des douleurs réveillées par le moindre mouvement, une déformation de la colonne, le ramollissement des vertèbres qui prennent la consistance du caoutchouc. Nous n'avons rien observé de semblable chez cette femme.

Le mal de Pott, la tuberculose des vertèbres, est surtout une affection de l'enfance et de l'adolescence. A titre exceptionnel on l'observe chez des sujets qui ont dépassé la quarantaine. C'est alors surtout que ses manifestations locales seront peu bruyantes; voire qu'elles seront silencieuses au début. N'empêche qu'après quelques mois de durée — et ce serait le cas chez notre malade — une déformation de la colonne vertébrale ne féra presque jamais défaut; elle se présente habituellement sous les dehors d'une gibbosité angulaire, qui frappe l'œil, à première vue. En outre, on peut presque toujours mettre en évidence une douleur localisée au niveau d'une ou de deux apophyses épineuses voisines; il suffit, pour cela, de recourir à la palpation, à la percussion, à l'application d'une éponge imbibée d'eau très froide ou très chaude. La douleur est réveillée par certains mouvements imprimés au rachis. Quant au reste, le mal de Pott s'observe presque exclusivement chez des sujets strumeux, de souche tuberculeuse, qui présentent d'autres déterminations locales de la bacillose.

Somme toute, nous n'avons aucun argument plausible à invoquer en faveur de l'existence éventuelle d'une tuberculose vertébrale, chez notre malade. Tout au plus constatons nous, chez elle, un point douloureux au niveau de la troisième vertèbre lombaire, manifestation banale, à vrai dire.

Je conclus que chez P. ., toutes les probabilités sont en faveur de l'hypothèse d'une néoplasie intra-rachidienne comprimant la moelle à la limite commune des segments dorsal et lombaire.

*
* *

Quel est le *siége* exact de la tumeur, dans le sens longitudinal ?

Je viens de vous dire que la néoplasie devait comprimer la moelle à la limite commune des segments dorsal et lombaire. Selon toutes probabilités, elle remonte jusqu'à l'émergence de la douzième paire dorsale, qui correspond à l'espace compris entre la moitié inférieure de la huitième apophyse épineuse dorsale et la base de la neuvième. Certainement la compression ne s'étend pas, en hauteur, jusqu'à l'émergence de la troisième paire sacrée, qui concourt à l'innervation de la vessie et du rectum. Aussi bien, chez notre malade, les troubles vesico-rectaux sont encore peu accusés ; ils sont tels qu'on les observe, lorsque les centres spinaux de la vessie et du rectum sont privés en partie, mais en partie seulement, de leurs communications avec les centres encéphaliques de la conscience et de la volonté. Ils diffèrent, comme nature et comme intensité, de ce qu'ils sont quand ils traduisent une atteinte directe portée aux centres spinaux de l'urination et de la défécation ou aux nerfs qui en émanènt.

Vous vous rappelez que la limite supérieure de l'hypoesthésie passe à égale distance de l'ombilic et du pubis. C'est encore là une preuve de ce que la lésion transverse, qui interrompt partiellement les fonctions conductrices de la moelle sur une certaine étendue en hauteur, doit siéger dans le segment médullaire qui donne naissance à la dernière paire dorsale et aux premières paires lombaires. En pareil cas, la limite supérieure de l'anesthésie se trouve toujours un peu plus bas que celle de la zone cutanée qui tire son innervation sensitive du segment médullaire ou siége la lésion transverse.

Relativement à l'étendue transversale qu'occupe l'agent de la compression, je vous rappelle que celle-ci a dû s'exercer d'abord sur la ou les racines postérieures gauches de la dernière ou des deux dernières paires intercostales, la manifestation initiale, ayant consisté en douleurs paroxystiques et constrictives, limitées au côté gauche, et correspondant, comme niveau, aux deux dernières fausses-côtes. Puis le foyer a dû s'étendre dans le sens transversal, jusqu'à comprimer les racines postérieures du côté droit et les deux moitiés de la moelle. N'empêche que sa masse principale doit occuper la moitié gauche du canal vertébral.

*
* *

Pour ce qui est de la *nature* de la tumeur présumée, rien, dans les renseignements anamnestiques que nous avons recueillis sur le passé de P..., rien, dans son état actuel, ne nous fournit un point d'appui sur lequel nous puissions étayer une hypothèse plausible Tout ce que je puis vous certifier, c'est que cette tumeur ne doit être ni syphilitique, ni tuberculeuse, ni maligne, ni parasitaire.

Cette conclusion n'est pas sans avoir une certaine portée pratique. Elle nous autorise à espérer qu'une tentative d'exérèse aboutira à une guérison compléte. Peu importe qu'il s'agisse d'un angiome, d'un lipome ou d'un fibrome, etc.; l'essentiel est de savoir que le néoplasme appartient à la catégorie de ceux dont l'extirpation peut être suivie d'une guérison définitive.

Encore faut-il que son retentissement sur la moelle ne se soit point traduit par des lésions irréparables : lésions développées sur place, au voisinage immédiat de la tumeur; lésions propagées à distance, par le mécanisme des dégénérations secondaires. Il importe donc, pour épuiser la question de diagnostic, qui se pose en présence d'un cas de tumeur intra-rachidienne présumée, de se prononcer sur un dernier point, celui qui a rapport à la *période* à laquelle est parvenu le processus-spinal qui traduit les effets de la compression.

Chez notre malade, les accidents, considérés dans leur ensemble, réflètent une lésion transverse de la moelle, qui n'a pas encore abouti à une interruption complète des fonctions conductrices du névraxe. Cette lésion est de date relativement récente; selon toutes les apparences, elle n'a pas encore entraîné à sa suite des dégénérations secondaires irréparables. L'atrophie musculaire diffuse, qu'on observe aux membres inférieurs, est peu accusée; on peut la mettre sur le compte de l'inertie fonctionnelle. En tout cas, elle ne présente aucun des caractères de l'atrophie dégénérative; elle ne saurait être mise sur le compte d'une dégénération des cellules trophomotrices des cornes antérieures.

D'autre part, il y a lieu de tenir compte de la remarquable capacité de résistance, que la moelle opposé aux compressions de nature variable, qu'elle est susceptible de subir de la part d'une tumeur intra-rachidienne ou d'une lésion vertébrale. Dans ces conditions je crois pouvoir conclure, sans grands risques d'erreur, que chez notre malade, les altérations spinales, qui traduisent la répercussion sur le névraxe, du néoplasme intra-rachidien présumé n'ont pas encore dépassé la période de réparabilité. Apparemment elles sont encore susceptibles d'une rétrocession complète.

*
* *

Pronostic et traitement. — Du même coup vous êtes fixés sur le pronostic du cas; un néoplasme intra-médullaire, peu volumineux, bénin, n'ayant pas encore provoqué, dans la moelle, des lésions irréparables implique, disai-je, des chances de guérison radicale. Pour atteindre ce résultat, nous n'avons pas deux partis à prendre. Il faut que nous nous

décidions et que la malade se résigne à une tentative d'exérèse. Vraisemblablement cette tentative opératoire ne nécessitera pas de délabrements étendus, vu le peu d'étendue en hauteur, que nous supposons au néoplasme,et vu la précision avec laquelle nous croyons pouvoir renseigner le chirurgien sur le siège exact de la tumeur. Elle se présente donc dans les meilleures conditions de succès, étant donné aussi l'état général, très satisfaisant, de cette femme.

Du traitement médical il n'y a rien à attendre dans un cas pareil. C'est seulement quand on a des raisons de soupçonner au néoplasme une origine syphilitique que les ressources de la thérapeutique interne peuvent entrer en ligne de compte. Un essai de traitement iodo-mercuriel aura des chances de procurer une amélioration équivalant à une quasi guérison. Je vous ai déjà cité un fait où pareil résultat a été obtenu chez un homme qui, suivant toutes probabilités, était porteur d'une néoplasie intra-rachidienne d'origine syphilitique.

IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE
Maison SEVEREYNS
44, Montagne-aux-Herbes-Potagères, 44
BRUXELLES

—

TÉLÉPHONE 2835